

業 務 従 事 証 明 書

年 月 日

石川県知事 殿

薬局開設者又は医薬品の

販売業者名

代表者氏名

印

(許可番号：

)

管理者氏名

印

下記の者の業務は、以下のとおりであることを証明します。

氏 名	(生年月日・ 年 月 日)
住 所	〒
薬局、店舗又は 配置販売業の名称	
薬局若しくは店舗の所在地 又は配置販売業の区域	

1. 業務期間 年 月 ～ 年 月 (年 月間)

(このうち、要指導医薬品若しくは第1類医薬品を販売し、又は授与する薬局等
において業務に従事した期間
年 月 ～ 年 月 (年 月間))

2. 業務内容 (期間内に薬剤師又は登録販売者の管理・指導の下で行われた業務に該当する□に
レを記入すること。)

- 主に一般用医薬品の販売等の直接の業務
- 一般用医薬品の販売時の情報提供業務
- 一般用医薬品に関する相談対応業務
- 一般用医薬品の販売制度の内容等の説明業務
- 一般用医薬品の管理や貯蔵に関する業務
- 一般用医薬品の陳列や広告に関する業務

3. 業務時間 (該当する□にレを記入すること。)

- 上記1の期間の全ての月にわたり、上記2の業務に1か月に合計80時間以上従事した。

4. 研修の受講 (受講した外部研修の年月日及び概要を記載)

(注意)

- 1 用紙の大きさは、日本工業規格A4とすること。
- 2 字は、墨、インク等を用い、楷書で明りょうに書くこと。
- 3 この証明に関する勤務簿の写し又はこれに準ずるもの(勤務状況報告書等)を添付すること。
- 4 業務の従事期間が2年以上である登録販売者について証明する場合は、「2. 業務内容」を「登録販売者として行った業務に該当する□にレを記入」と読み替える。